

# Controverse chirurgicale

## Limitation de la cicatrisation en post-opératoire

Y. Lachkar

Institut du glaucome, Fondation Hôpital Saint-Joseph, 185 rue Raymond-Losserand, 75674 Paris Cedex 14.

### Surgical controversy. Limiting postoperative scarring

Y. Lachkar

*J. Fr. Ophthalmol., 2005; 28, Hors série 2, 2S60-2S63*

Postoperative follow-up of glaucoma surgery must be rigorous and carried out over the long term. Data acquired on the make-up of the filtering bleb justifies using postoperative anti-inflammatory drugs, even if the eye is clinically quiet. When using antimetabolites, the risk factors for failure must be well known and either 5-fluorouracil or mitomycin should be chosen depending on the level of risk of scarring. Their use in needle revision must be adapted case by case. anti-TGF-beta-2 antibody, currently being investigated, may prove advantageous in the very near future.

**Key-words:** Glaucoma, surgery, bleb, scarring, antimetabolite.

### Controverse chirurgicale. Limitation de la cicatrisation en post-opératoire

Le suivi post-opératoire de la chirurgie du glaucome doit être rigoureux et assidu. Les données acquises sur la constitution de la bulle de filtration justifient d'utiliser les anti-inflammatoires en post-opératoire de façon prolongée, même si l'œil est cliniquement calme. Quant à l'utilisation des anti-métabolites, il faut bien connaître les facteurs de risque d'échec et le choix entre le 5-fluoro-uracile et la mitomycine se fait en fonction du niveau de risque de cicatrisation. Leur utilisation avec la révision à l'aiguille est à adapter au cas par cas. Un anticorps anti-TGF-bêta-2, en cours d'investigation, pourrait être intéressant dans un futur très proche.

**Mots-clés :** Glaucome, chirurgie, bulle, cicatrisation, anti-métabolite.

### INTRODUCTION

La prise en charge chirurgicale d'un glaucome ne s'arrête pas à l'intervention chirurgicale. Le suivi post opératoire du glaucome est différent de celui d'une cataracte car une surveillance beaucoup plus fréquente est nécessaire (très régulièrement jusqu'à la deuxième semaine puis toutes les 2 à 3 semaines) afin de lutter contre la cicatrisation (en utilisant corticothérapie, 5-fluoro-uracile, *needling*), de sectionner ou relâcher un fil du volet scléral, de réaliser une goniopuncture si besoin en cas de chirurgie non perforante, de rechercher et traiter une fuite d'humeur aqueuse. Il est donc préférable d'éviter d'entreprendre une chirurgie filtrante si les suites ne peuvent pas être assurées.

L'examen de l'œil doit être précis et complet, avec un examen à la lampe à fente évaluant la bulle de filtration, une mesure de la pression intra-oculaire (PIO) et une gonioscopie à la recherche d'un obstacle interne ou externe.

### LE SUIVI POST-OPÉATOIRE

Les soins post-opératoires sont capitaux dans la trabéculéctomie et peuvent modifier le pronostic et le taux de succès de cette intervention.

La formation de la bulle de filtration et la cicatrisation de celle-ci doivent être suivis de près afin de pouvoir moduler le traitement.

L'utilisation d'anti-inflammatoires stéroïdiens est indiquée afin de limiter la réaction inflammatoire du tissu conjonctivo-ténonien. Cette réaction inflammatoire dure plusieurs semaines à plusieurs mois et le traitement anti-inflammatoire doit ainsi être poursuivi au minimum plusieurs semaines (6 à 12) à posologies régressives en l'absence d'hypertonie cortico-induite.

La prise en charge post-opératoire impose la connaissance des complications et de leurs traitements notamment : fuite d'humeur aqueuse, enkystement de la bulle de filtration et insuffisance de filtration.

Le patient sera ainsi revu le premier jour après l'intervention, puis 1 à 2 fois par semaine environ durant les 2 à 4 premières semaines, puis de façon plus espacée les 2- 3 premiers mois en fonction de l'examen clinique. La fréquence des visites dépend en fait de la pression intraoculaire et de l'examen au biomicroscope (aspect de la bulle de filtration, profondeur de la chambre antérieure, inflammation).

## L'ENKYSTEMENT DE LA BULLE DE FILTRATION

Une bulle de filtration est satisfaisante lorsqu'elle est discrètement saillante, sans ou avec peu de vaisseaux, sans enkystement, avec la présence de microkystes témoins d'une bonne filtration de l'humeur aqueuse (*fig. 1*). La « physiologie » d'une bulle de filtration en post-opératoire a été très étudiée dans les années 1980-90 avec l'avènement des anti-métabolites [1-3]

### La principale complication de la chirurgie est l'enkystement de la bulle de filtration [4]

Après chirurgie du glaucome une prolifération fibroblastique survient dès les premiers jours post-opératoires pour

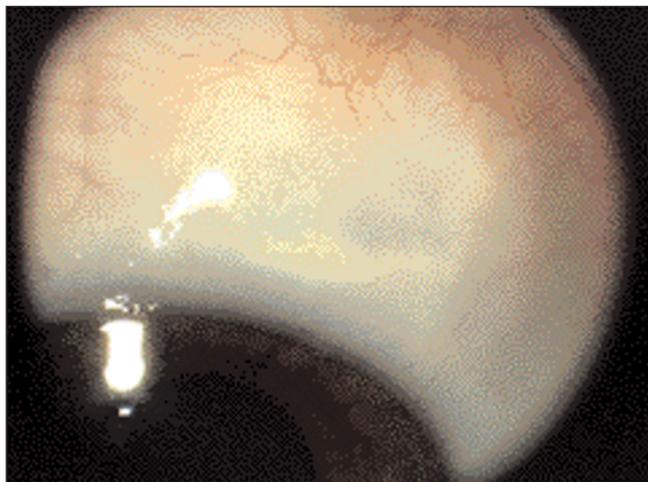


Figure 1 : Bulle de filtration.

être maximale vers le 5 – 6<sup>ème</sup> jour où les fibroblastes représentent la composante cellulaire la plus importante [3, 4]. La cicatrisation se poursuit par épithélialisation et contraction (myofibroblastes) dont l'activité maximale est observée vers la 5<sup>ème</sup> semaine. Enfin le collagène mature se forme alors que le nombre de cellules décroît progressivement ; la durée totale du phénomène avoisinant une année. La durée minimale d'un traitement anti-inflammatoire post opératoire est ainsi d'au moins 2 à 3 mois, même si l'œil est cliniquement calme (avec une chambre antérieure normale et une bulle de filtration correcte) : Le traitement anti-inflammatoire n'est pas le traitement d'une inflammation visible cliniquement, mais un traitement de la bulle de filtration pour éviter qu'elle ne s'enkyste.

Une fibrose conjonctivale peut survenir venant compromettre la réussite de la chirurgie entraînant la formation d'une bulle kystique ou encapsulée. Cette situation est fréquente et s'observe dans environ 15 % des cas [4].

Une révision à l'aiguille (« *needling* ») peut être proposée pour traiter cette fibrose avec l'utilisation concomitante d'anti-inflammatoires ou d'antimétabolites. Certaines situations exposent à ce risque et l'utilisation systématique d'antimétabolites dans ces cas à risque est préconisée (voir antimétabolites).

La révision à l'aiguille peut se réaliser à la lampe à fente [5] ou au bloc opératoire. Une anesthésie locale topique est réalisée et une prévention des infections également par instillation de collyres antibiotiques et/ou de povidone-iodine. Une goutte de phényléphrine (ou d'apraclonidine) est également instillée en l'absence de contre indication afin d'obtenir une vasoconstriction et diminuer le risque hémorragique. La révision à l'aiguille est réalisée à la lampe à fente à l'aide d'une aiguille 29-gauge (ou avec une aiguille de plus gros diamètre au bloc opératoire). La conjonctive est décollée par des mouvements latéraux et l'aiguille atteint la paroi latérale du kyste qui est rompu par un mouvement de va et vient vertical. Une injection de 5 mg de 5-fluorouracile termine le geste. La mitomycine très diluée (0.02 mg/injection) peut également être utilisée comme alternative. La PIO est alors contrôlée ainsi que l'absence de Seidel.

L'équipe de Broadway *et al.* [5] a réalisé chez 101 patients des révisions à la lampe à fente suivant cette technique. L'anti-métabolite utilisé était le 5FU. Le suivi moyen a été de 9 mois. Aucune endophtalmie n'a été observée.

Le critère de succès était une PIO < 22 mmHg ou une réduction de la PIO de plus de 30 %. Le taux de succès était de 59.4 % et la PIO a été abaissée en moyenne de 26.5 à 18 mmHg.

L'utilisation préférentielle de l'un ou l'autre de ces anti-métabolites n'est pas encore établie. Une présentation à l'ARVO (*Association for Research in Vision and Ophthalmology*) cette année semblait montrer que les révisions à l'aiguille avec la mitomycine seraient un peu plus efficaces qu'avec le 5FU, mais c'est plutôt à adapter

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9345563>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9345563>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)